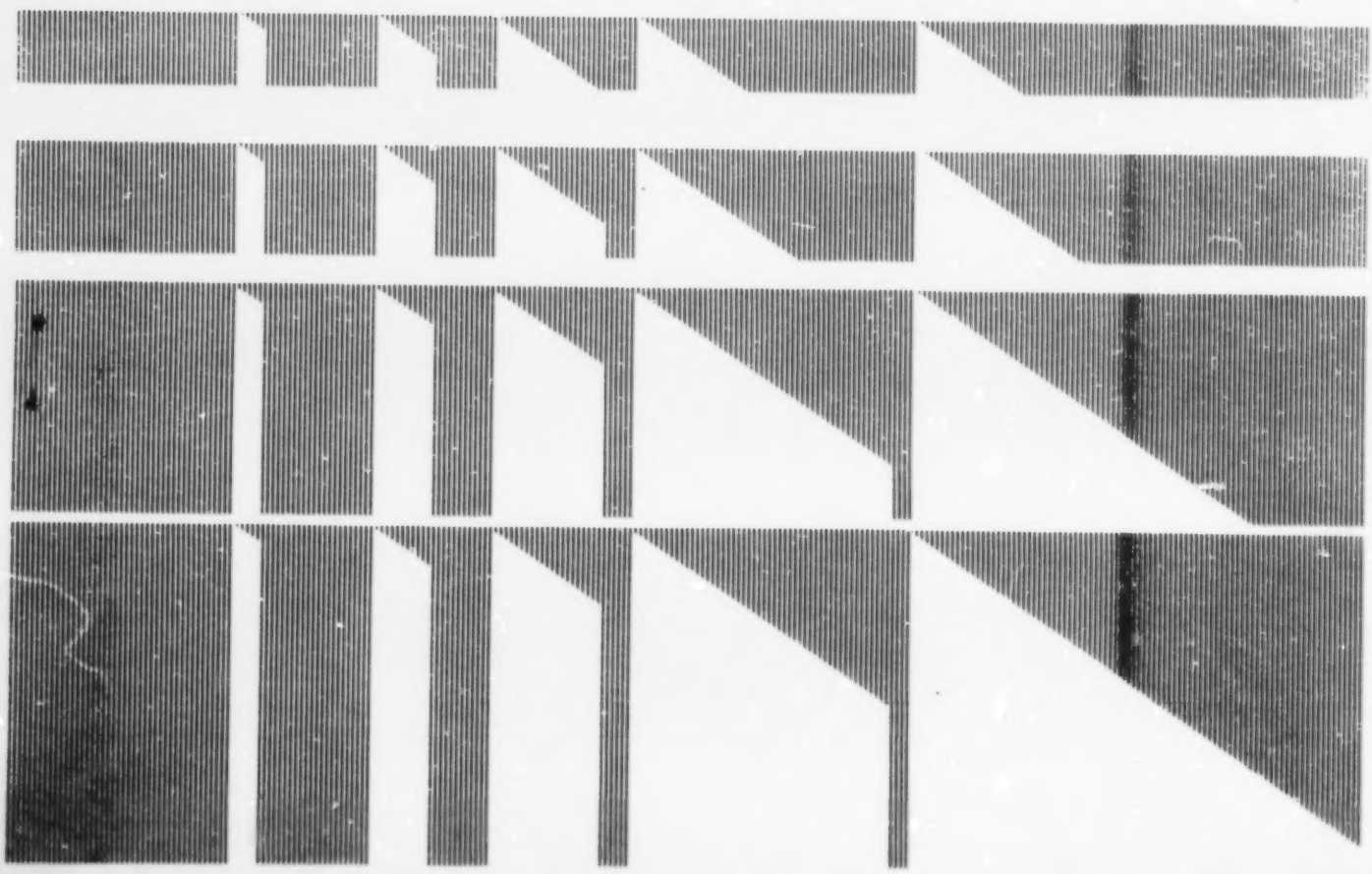
ÉVALUATION DES PROGRAMMES

Programme de promotion de la santé du ministère des Affaires sociales 1978-83 : **Regard critique sur la pertinence**

Québec

13



PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTE DU MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES 1978-1983

REGARD CRITIQUE SUR LA PERTINENCE

Pierre Boyle
Service de l'Evaluation des programmes de santé
Direction de l'Evaluation des programmes

Février 1984

TABLE DES MATIERES

PAGE

A. CONTEXTE 1

B. APPROCHE ET OBJECTIFS 2

C. BILAN DES CONNAISSANCES 4

1. Lien entre habitudes de vie et santé 4

a) Tabagisme 4
b) Usage abusif d'alcool 5
c) Mauvaises habitudes alimentaires 6
d) Sédentarité 7
e) Hypertension 8
f) Facteurs d'environnement physique, social et la santé 9

2. Rôle de la promotion de la santé dans la modification des comportements sanitaires 10

a) Programmes de type unifactoriel 11
b) " " " multifactoriel 14

3. Sommaire et conclusions 17

a) Limites à la promotion de la santé 17
b) Caractéristiques favorisant l'efficacité des programmes de promotion de la santé 19

D. PERTINENCE DU PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTE AU MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES 21

1. Description sommaire du programme 21

2. Regard critique sur certains aspects du programme de promotion de la santé 1978-83 28

a) Justification du programme 28
b) Choix des thèmes 29
c) Approche 33
d) Formulation d'objectifs et choix des groupes-cibles 37

E. IMPLICATIONS QUANT AU PROGRAMME 40

F. IMPLICATIONS QUANT AU ROLE DU MAS EN PROMOTION DE LA [illegible]TE 42

G. BIBLIOGRAPHIE 44

A. CONTEXTE

Depuis 1978, le ministère des Affaires sociales voit à la réalisation de campagnes de promotion de la santé, campagnes portant sur divers thèmes et dont le coût en 1983-84 s'élève à 450 000$. Ce programme fut lancé dans la foulée des premières études épidémiologiques concluantes sur l'effet des habitudes de vie sur la santé et du rapport Lalonde (1974) sur les nouvelles priorités en santé. Il fut développé dans un contexte où d'une part l'adoption de saines habitudes de vie par la population québécoise était considérée comme un objectif atteignable dans la mesure où le gouvernement y mettrait les moyens (on parlait de vendre la santé comme on vend des BIG-MAC'S) et d'autre part où les connaissances quant aux moyens efficaces à mettre en oeuvre pour modifier les habitudes de vie étaient peu développées.

Depuis cette période, le contexte s'est modifié et les connaissances ont évolué, notamment celles portant sur la complexité des rapports entre habitudes de vie et santé et les limites à l'efficacité des stratégies de promotion de la santé. Il devient d'autant plus opportun de faire un bilan de ce programme, que les campagnes de contre-publicité qui constituent l'essentiel du programme dont il est question ici ne constituent aujourd'hui qu'un des moyens à la disposition du MAS en matière de promotion de la santé, sans parler des moyens disponibles aux intervenants locaux.

Enfin, dans l'approbation des crédits 1983-84 pour ce programme, le Conseil du Trésor avise le MAS qu'il devra "réaliser une étude dans le but de vérifier si les efforts faits à date ont porté fruit et de mesurer l'ampleur des changements dans les habitudes de vie et comportements des Québécois. Cette étude devra également dégager les orientations à retenir pour la seconde moitié du programme."

A la demande de la Direction des Communications, la Direction de l'Evaluation des programmes accepta d'inscrire à son programme de travail 1983-84

la réalisation d'une analyse qualitative du programme de Promotion de la santé du MAS. Les aspects techniques (pénétration, rétention, etc. ...) ayant déjà été évalués, la présente analyse porte davantage sur des aspects de contenu et d'approche des campagnes réalisées depuis 1978 et vise à dégager les orientations à retenir pour la seconde moitié du programme de 10 ans.

B. APPROCHE ET OBJECTIFS

Conforme à la volonté du Conseil du trésor et du ministère des Affaires sociales, la présente analyse a pour but de :

1- faire le bilan des connaissances quant aux liens entre habitudes de vie et santé, quant au rôle des campagnes de promotion de la santé dans l'adoption de saines habitudes de vie et enfin quant aux conditions d'efficacité des programmes de promotion de la santé;

2- à la lumière de l'état des connaissances, analyser la pertinence et la justesse du programme de promotion de la santé du MAS;

3- dégager le cas échéant les modifications et alternatives au programme actuel dans le but d'en favoriser l'efficacité.

Soulignons qu'il eut été inopportun de procéder à une évaluation d'impact et ce, pour les raisons suivantes :

- l'impact de tels programmes sur les attitudes et les comportements étant habituellement (artificiellement) plus élevé à très court terme qu'à moyen terme, un devis expérimental rigoureux aurait nécessité le suivi d'une cohorte de citoyens sur une période de plusieurs mois (avant et) après la diffusion du message;

- compte tenu du faible taux de pénétration et de la nécessité de représenter les auditeurs ayant diverses caractéristiques, le nombre total de sujets à inclure dans l'échantillon de départ aurait été considérable;

- l'effet conjugué des deux éléments précédents aurait engendré des coûts de réalisation prohibitifs pour cette étude, notamment en regard de l'importance relative des sommes consacrées annuellement à ce programme;

- l'état des connaissances sur les divers facteurs pouvant influencer les habitudes de vie porte à croire que même dans les conditions expérimentales les plus favorables (tout en étant réalistes) il serait difficile de mesurer la contribution du programme à un quelconque changement de comportement observé dans la population;

- compte tenu de l'évolution des connaissances en matière d'épidémiologie et de promotion de la santé depuis le milieu des années '70 il appert plus opportun de faire un bilan critique de certains aspects fondamentaux du programme lancé en 1977-78, à la lumière des connaissances actuelles et de proposer le cas échéant les changements d'orientation qui s'imposent; une fois le programme remis à jour en fonction des connaissances relatives aux conditions favorisant l'efficacité de tels programmes, une évaluation d'impact pourrait ultérieurement être envisagée, sous réserve des considérations précédentes.

C. BILAN DES CONNAISSANCES

1. Lien entre habitudes de vie et santé

La promotion de la santé et l'éducation sanitaire visant à modifier les habitudes de vie et les comportements prennent pour fondement l'existence d'un lien entre l'état de santé d'une population (mesurée traditionnellement par sa mortalité et sa morbidité) et certaines habitudes de vie que les programmes de promotion visent à modifier.

Or l'existence d'un lien statistique entre habitudes de vie et mortalité-morbidité n'implique pas nécessairement un lien de causalité. En effet, un certain nombre de critères doivent être satisfaits pour qu'une association puisse être considérée comme causale, au plan épidémiologique (McMahon et Pugh 1970) notamment la consistance de l'association, la force de l'association, la temporalité de l'association, l'existence d'un gradient biologique.

Ainsi une association statistique ne doit pas être confondue à une cause qui elle, est une condition nécessaire et suffisante pour qu'un événement mortel ou morbide se produise. Dans le cas contraire, on parlera tout au plus de facteur de risque qui augmente, dans des proportions variables, la probabilité d'un événement morbide ou mortel.

Il est donc souhaitable de tenter de réduire la présence des comportements démontrés comme augmentant la probabilité de maladie ou de décès. Une récente revue de la littérature réalisée à la Direction de l'Evaluation des programmes (Garant 1983) résume l'état de connaissances sur les effets de la réduction de certains facteurs de risque notamment le tabagisme, l'usage abusif de l'alcool, les mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité.

a) Tabagisme

Il ne fait plus de doute que la consommation de cigarettes augmente de façon importante et significative la probabilité de morbidité et de

mortalité reliée à diverses pathologies. Un récent examen de l'état des recherches en cette matière publié par The Office on Smoking and Health (1979) du Secrétariat américain de la Santé conclut que près du tiers de toutes les mortalités par cancer est attribuable à la cigarette. Le même rapport souligne que la consommation des cigarettes est le principal facteur dans le cancer du poumon, du larynx, de la cavité buccale et de l'oesophage; qu'elle contribue au développement des cancers du foie, du pancréas et du rein; il semble enfin y avoir association entre le tabagisme et les cancers de l'estomac et du col utérin. Même les épouses de fumeurs semblent à risque accru de cancer du poumon. De plus, il existe aussi une surmortalité cardio-vasculaire importante chez les fumeurs (Levy 1981). Soulignons que le chirurgien-général des Etats-Unis considère que la consommation de cigarettes constitue singulièrement parmi les conditions prévenables la menace la plus importante à la santé des individus (O.S.H. 1979).

Le changement des comportements eu égard au tabagisme est d'autant plus pertinent qu'il a été démontré que les risques accrus de maladie ou décès pour certaines pathologies reliées au tabagisme notamment les maladies cardio-vasculaires (Levy 1981) chutent de façon importante en un an après l'abandon de la cigarette, et après 10 ans environ se situent à un niveau semblable à celui observé chez un individu qui n'a jamais fumé.

b) Usage abusif d'alcool

Encore récemment le Committee on Diet, Nutrition and Cancer du National Research Institute aux Etats-Unis (1982) concluait que les résultats de recherche indiquent que la consommation abusive d'alcool serait à l'origine de lésions hépatiques et de la cirrhose du foie lesquelles à leur tour mèneraient au cancer du foie. Une consommation (même occasionnellement) abusive d'alcool pendant la grossesse peut entraîner chez le nouveau-né diverses malformations congénitales et troubles du comportement (Hanson 1978). Enfin, la consommation abusive d'alcool est un facteur dans environ la moitié des accidents mortels de la route.

Compte tenu de la nature des effets de la consommation abusive d'alcool, il n'est pas évident que l'abandon de cette habitude ne résulte en une restauration de la santé; toutefois, il n'est pas impossible que les effets de l'alcool sur le foie reliés notamment à la durée de l'exposition à ce facteur de risque soient sensibles à l'abandon ou à une réduction de la consommation d'alcool.

c) Mauvaises habitudes alimentaires

Les mauvaises habitudes alimentaires sont identifiées comme un facteur dans plusieurs maladies dont les cancers et les maladies cardio-vasculaires, principaux problèmes de santé de notre société. Plusieurs recherches au cours des dernières années ont démontré une correlation entre les régimes alimentaires adoptés par les sociétés industrialisées et l'incidence de certains cancers. Toutefois compte tenu de la difficulté de connaître spécifiquement le contenu de l'alimentation des populations, il est difficile de déterminer clairement quels éléments de l'alimentation sont en cause.

Selon Garant (1983), le Committtee on Diet, Nutrition and Cancer est d'avis que s'il y a un lien entre l'alimentation et la plupart des cancers, les données disponibles ne permettent aucunement de quantifier la diminution des risques que pourraient entraîner des modifications du régime alimentaire. Le comité propose tout de même quelques mesures qui devraient être considérées pour réduire les risques de cancer, mesures touchant notamment les matières grasses, les fruits-légumes-céréales, les aliments fumés et saumurés, les additifs et l'alcool.

Pour ce qui est de la relation entre la nutrition et les maladies cardio-vasculaires, les recherches épidémiologiques tendent à démontrer une relation entre l'incidence de cardiopathies ischémiques et la teneur des régimes alimentaires en lipides saturés et l'hypercholestérolémie. Selon une récente revue critique des recherches dans le domaine de la mortalité cardio-vasculaire (Levy 1981) il ne fait plus de doute que des niveaux élevés de cholestérol LDL (low density lipoprotein) de même

que des niveaux élevés de glucose sont associés avec un risque accru d'attaque cardiaque. Il est aussi évident que le niveau de cholestérol LDL et le niveau de glucose peuvent être abaissés par des changements de régime alimentaire ou encore par traitement médicamenteux (Levy 1980). Non seulement existe-t-il un traitement efficace de l'hypercholestérolémie, mais ce traitement a un effet sur les risques d'attaque cardiaque. En effet, une étude de dix ans réalisée auprès de 3 806 Canadiens et Américains et dont les résultats ont été rendus publiques récemment (The Gazette, 14 janvier 1984) démontre qu'une baisse de 1 % du taux de cholestérol dans le sang permet de réduire de 2 % les risques d'attaque cardiaque. Pour ce qui est du glucose, toutefois, il n'est pas encore établi qu'un abaissement du niveau de glucose (Knatterud 1978) résulterait en une baisse de l'incidence des attaques cardiaques.

d) Sédentarité

Selon la revue de recherches réalisée par Garant (1983) un nombre important d'études ont permis d'isoler l'inactivité physique comme facteur de risque de maladies coronariennes.

Par contre, selon un bilan des recherches publié par Thomas (1979), la pratique régulière d'une activité physique semble agir comme facteur de protection contre la maladie coronarienne, l'hypertension et l'obésité. De plus, l'activité physique a été démontrée comme ayant un effet thérapeutique dans les cas d'artériosclérose, d'angine, d'hypertension, de diabètes, d'asthme et de congestion pulmonaire chronique.

Enfin, toujours selon le bilan de Thomas, il est démontré que la pratique régulière d'une activité physique contribue à une modification d'autres habitudes de vie notamment à l'abandon de la cigarette et de la consommation abusive d'alcool. Cet effet synergique de l'activité physique est par conséquent d'importance capitale dans une démarche de promotion de la santé.

e) Hypertension

L'hypertension artérielle (essentielle) est reconnue comme un des plus importants facteurs de risque des maladies cérébrovasculaires et coronariennes (qui ensemble représentent près de la moitié des décès annuels au Québec) et peut être abaissée efficacement par des médicaments. Les traitements de l'hypertension sévère ou modérée peuvent prévenir les accidents cérébro-vasculaires, l'insuffisance rénale, et l'insuffisance cardiaque (Veterans Administration 1970). Depuis peu, il est démontré que le traitement de l'hypertension même légère peut réduire la mortalité due aux A.C.V. et aux attaques cardiaques (Levy 1981).

Le traitement agressif de l'hypertension par les médecins et le respect par les patients des prescriptions médicamenteuses qui leur sont faites sont donc fortement encouragés. Selon Levy (1981) l'amélioration du contrôle de l'hypertension aurait joué un rôle majeur dans la baisse de 37 % des décès dus aux accidents cérébro-vasculaires observée aux Etats-Unis depuis 10 ans. De plus, il semble que la baisse de 25 % des attaques cardiaques au cours de la même période soit également reliée de façon importante au contrôle de l'hypertension qui, rappelons-le, est relié aux comportements des individus tant pour son diagnostic (décision de consulter et rapport médecin-patient) que pour l'adhésion suivie à un régime thérapeutique prescrit.

En conclusion, soulignons que les connaissances actuelles démontrent clairement que certains comportements entraînent des risques accrus de maladie ou de décès; c'est le cas du tabagisme, de la nutrition, de l'inactivité physique, de l'hypertension artérielle non-traitée et de la consommation abusive d'alcool. Par contre, il n'est pas toujours évident qu'une réduction ou l'abandon du facteur de risque permette d'abaisser chez les individus les risques de mortalité ou morbidité; c'est le cas notamment de l'abaissement du niveau de glucose dans le sang et de la consommation abusive d'alcool.

f) Facteurs d'environnement social, physique et la santé

Il est important de reconnaître que les habitudes de vie et les comportements tout en comptant parmi les déterminants importants de la santé, n'en sont pas les seuls et probablement pas les principaux. En effet, ces comportements sanitaires s'exercent dans un environnement physique et social qui peut les conditionner ou en influencer les effets; de plus les facteurs environnementaux peuvent contribuer directement à accroître les risques à la santé.

D'une part il a été démontré que les populations habitant des quartiers défavorisés au plan socio-économique ont une espérance de vie significativement inférieure à celle des populations habitant des quartiers favorisés des milieux métropolitains (Wilkins, 1979; Loslier 1976, 1982). Les écarts sont tels que les populations des quartiers défavorisés de l'Ile de Montréal affichaient en 1976 une espérance de vie équivalente à celle observée pour l'ensemble du Canada dans les années cinquante.

Il est également reconnu que les conditions de travail peuvent accroître les risques d'accidents, de certains cancers (exposition à des substances cancérigènes) de troubles mentaux et de troubles de l'appareil digestif (stress).

D'autre part, l'environnement physique est un élément dont il importe de plus en plus de tenir compte parmi les déterminants de la santé. Selon certaines études (Epstein 1979) la majorité des cancers seraient reliés à des facteurs environnementaux. Selon Dubos (1973), les facteurs de l'environnement physique et social vont présenter les plus importants risques à la santé au cours des prochaines décennies.

2. Rôle de la promotion de la santé dans la modification des comportements sanitaires

La présente section traite de l'efficacité de divers types de programmes de promotion de la santé visant l'adoption de saines habitudes de vie et s'adressant (uniquement) aux individus et aux groupes et s'inspire largement d'une revue de littérature complétée récemment sur le sujet (Garant 1983). On ne traitera donc pas d'autres types de programmes de promotion de santé s'adressant notamment aux fabriquants, distributeurs, etc ... de certains produits.

Il sera question de deux types de programmes de promotion de la santé destinés aux individus et aux populations, soit les programmes visant la réduction d'un facteur de risque (approche dite unifactorielle) et les programmes visant à réduire l'incidence d'une maladie ou groupe de maladies par la modification de plusieurs facteurs (approche dite multifactorielle). Même si l'on reconnaît que la santé d'une population est conditionnée par quatre ensembles de facteurs (biologie humaine, habitudes de vie, environnement et organisation des soins de santé), la vaste majorité des programmes ont à date considéré chacun de ces ensembles comme des phénomènes isolés.

a) Programmes de type unifactoriel

Les programmes de type unifactoriel ont pour objet un seul facteur de risque à la fois. De façon générale, il s'agit de messages contre-publicitaires diffusés par les moyens de communication de masse et où les médias électroniques jouent souvent un rôle important. Habituellement ils sont diffusés à l'ensemble de la population bien que la formulation des messages puisse favoriser certains groupes à l'occasion. Le programme du MAS qui fait l'objet de la présente analyse consiste en une série de campagnes de communication et représente un exemple classique de programme de type unifactoriel. La revue des recherches sur l'efficacité de ces interventions présentée par Garant (1983) suggère qu'en général ces campagnes et programmes semblent contribuer à accroître l'intérêt et les connaissances, et à modifier les attitudes des individus en regard des risques que représentent certaines habitudes de vie. Toutefois, il semble qu'en général ce type de programme soit peu efficace en regard de la modification des habitudes de vie et comportements.

Un élément commun à plusieurs des programmes évalués semble être la très faible concordance entre les connaissances et opinions d'une part, et les comportements d'autre part. Cet écueil a été mis en lumière dans l'évaluation de plusieurs types de programmes, notamment dans les campagnes anti-tabac, dans les campagnes visant à modifier les habitudes alimentaires, dans les programmes de prévention primaire de la consommation abusive d'alcool, les campagnes de promotion du port de la ceinture de sécurité. Les auteurs de ces recherches réitèrent que malgré le fait que les campagnes utilisant les moyens de communication de masse peuvent accroître l'intérêt du public à l'égard de la santé, et les connaissances des citoyens à l'égard de certains facteurs de risque, on ne peut s'attendre à une grande efficacité de ces programmes quant à la modification des habitudes et comportements, sans une meilleure connaissance des motifs ou facteurs d'adhésion à ces habitudes. Le groupe de travail sur l'éducation publique du Addiction Research Foundation de l'Ontario (cité dans Garant 1983) va même jusqu'à déclarer qu'il n'y a aucune évidence scien-

tifique justifiant des investissements de ressources monétaires dans des campagnes d'éducation de masse (pour la réduction de la consommation abusive d'alcool); tout au plus, selon le groupe de travail, les média peuvent aider à établir un contexte dans lequel d'autres stratégies d'éducation du public pourraient s'avérer efficaces.

Un bref aperçu du bilan des recherches sur les principaux thèmes des programmes de promotion de type unifactoriel permet de dégager les constats suivants quant aux limites des programmes:

Tabagisme:

- La majorité des recherches ont porté sur la réceptivité du public aux messages des campagnes anti-tabac de même que sur les effets de ces campagnes sur les connaissances, attitudes et opinions; peu ont porté sur les changements de comportement;

- les chercheurs s'entendent généralement pour reconnaître le peu d'efficacité de ces campagnes en regard des changements de comportement; toutefois une étude publiée récemment (Warner and Murt 1982) suggère que la campagne anti-tabac menée aux Etats-Unis depuis 1964 aurait eu un certain impact sur la prévalence du tabagisme; de plus, les campagnes anti-tabac implantées en milieu de travail et incluant des incitatifs financiers à l'abandon du tabagisme semblent donner des résultats très prometteurs (Stachnik et Stoffelmayr 1983);

- pour ce qui est des campagnes visant à promouvoir l'abstention du tabac, particulièrement auprès de jeunes n'ayant pas commencé à fumer, les évaluations à date ne sont que partielles et les différences et faiblesses méthodologiques rendent leur interprétation difficile; il semble toutefois selon une étude québécoise (Tremblay 1983) que de multiples facteurs sociaux et culturels interagissent de façon complexe dans la génèse du tabagisme chez les jeunes; une meilleure compréhension de ces facteurs est essentielle à l'efficacité des programmes à cet égard;

- il semble que les programmes de nature globale et à long terme, à caractère positif, et proposant un style de vie plutôt qu'une polarisation sur le seul facteur tabagisme soient à privilégier.

Consommation abusive d'alcool:

- Une revue exhaustive de 21 programmes de prévention primaire (STAULCUP 1978) conclut qu'aucun de ces programmes n'a permis d'observer un lien entre les changements dans les connaissances et attitudes et une modification des comportements à l'égard de la consommation d'alcool;

- cette absence de lien évident entre connaissances, attitudes et comportements a également été soulevée par le Task Force on Public Education du Addiction Research Foundation of Ontario (cité dans Garant 1983) suite à une revue des recherches dans ce secteur.

Modification des habitudes alimentaires:

- De façon générale, peu de ces programmes ont fait l'objet d'évaluation rigoureuse, notamment en raison des difficultés reliées à la description et à la mesure juste et fiable des habitudes alimentaires des individus et familles;

- un sondage réalisé auprès des Québécois un an après la diffusion de la politique de nutrition du MAS et une campagne publicitaire en faveur d'une alimentation saine tend à démontrer que près du tiers des personnes interviewées disaient avoir tenté de modifier leurs habitudes alimentaires au cours de l'année précédente (Villeneuve et Charron 1979). Cependant compte tenu du cadre méthodologique de cette enquête, il serait pour le moins présomptueux d'attribuer ces "intentions" à l'effet de la campagne publicitaire puisqu'aucune base comparative n'a été introduite dans l'analyse;

- l'enquête a permis de vérifier le peu de concordance entre connaissances et opinions d'une part, et comportements d'autre part.

Comportements des automobilistes

- Les revues de recherche sur le sujet (voir Garant 1983) tendent à indiquer que ces campagnes ont apporté peu de résultats au niveau de l'adhésion au port de la ceinture de sécurité;

- ce piètre résultat n'est semble-t-il pas étranger au fait que les facteurs sous-jacents à l'adhésion ou non-adhésion au port de la ceinture sont méconnus; la majorité des campagnes ont porté sur l'efficacité du port de la ceinture alors qu'il ne semble pas que ce soit l'efficacité qui soit mise en doute par les conducteurs dans la non-adhésion à cette mesure;

- un sondage réalisé en 1975 (Wilder et al 1975) révèle que les conducteurs classent le port de la ceinture de sécurité au premier rang en terme d'efficacité sur quarante mesures préventives mais au dix-neuvième rang quant au niveau d'adhésion;

- des études menées tant en Ontario qu'en Saskatchewan (où le port de la ceinture est obligatoire) tendent à démontrer que la législation en soi n'est pas suffisante pour entraîner un accroissement soutenu du port de la ceinture; une expérience menée à Ottawa suggère que le taux d'adhésion au port de la ceinture ne peut être maintenu à un niveau élevé que dans un contexte de forte probabilité de sanctions.

b) Programmes de type multifactoriel

Les programmes de type multifactoriel ont généralement pour objet un ou des problèmes de santé (maladies cardio-vasculaires, cancer,...) à étiologie multifactorielle, ou encore l'atteinte d'un objectif sanitaire global (également influencée par plusieurs facteurs). De façon générale, ces programmes s'adressent à des individus dépistés comme étant à risque élevé du problème de santé en cause ou encore atteints d'un problème de santé dont les effets peuvent être renversés par une modification de certaines habitudes de vie. Les moyens de communication utilisés sont donc

orientés vers un auditoire plus limité - petits groupes ou individus et sont généralement intégrés à un ensemble d'interventions préventives et thérapeutiques auprès de ces personnes. Ces programmes se déroulent donc à un niveau local.

Selon Garant (1983) les programmes de type multifactoriel sont relativement récents et peu nombreux. Ils portent particulièrement sur la prévention des maladies coronariennes et sur le développement de la condition physique générale par la modification d'un certain nombre d'habitudes de vie. Chacun des quatre programmes multifactoriels de prévention des maladies coronariennes revus par Garant porte sur les trois principaux facteurs de risque des maladies coronariennes soit l'hypercholestérolémie, la consommation de cigarettes et l'hypertension; chacun de ces programmes comprend au moins un des trois éléments suivants : une campagne d'information sur les facteurs de risque et les moyens de les réduire, une série d'interventions cliniques sur base individuelle, des mesures de type environnemental. Les quatre programmes s'adressent (par définition) à des populations à risque et visent à réduire la mortalité-morbidité dues aux maladies coronariennes par la réduction des principaux facteurs de risque. Les programmes sont : Chicago Coronary Prevention Evaluation Program; Projet de Carélie du Nord (Finlande), Stanford Heart Disease Prevention Project; MRFIT.

Les recherches sur ces programmes multifactoriels permettent de dégager les constats suivants :

- une baisse significative et parfois importante des facteurs de risque chez la population visée a été observée pour chacun des quatre programmes;

- cette baisse est plus importante chez les groupes soumis aux programmes que chez des groupes-témoins et la différence est importante et significative;

- les effets sur l'hypercholestérolémie et l'hypertension sont sensiblement plus importants que les effets observés sur le tabagisme;

- cependant lorsqu'un groupe-témoin fut utilisé pour vérifier l'effet du programme sur la mortalité générale ou spécifique aux maladies cardiovasculaires - ce qui fut fait pour deux programmes - un effet significatif sur la mortalité ne fut observé que dans le cas du projet de la Carélie du Nord (PUSKA 1983); cependant compte tenu du fait qu'un certain temps doit s'écouler avant que la réduction des risques influe sur la mortalité, il est possible que la durée d'évaluation de l'autre programme ait été insuffisante pour observer des changements dans les taux de décès.

Nonobstant ce qui précède, il appert selon une analyse récente (Levy 1981) que le changement dans les habitudes de vie ait été le facteur le plus important dans la baisse de 21% du taux de mortalité par maladies cardiovasculaires enregistré aux Etats-Unis entre 1968 et 1978. Il est toutefois impossible à ce stade d'identifier si et dans quelle mesure les programmes de promotion de la santé y ont contribué.

D'autre part, un projet (rapporté par Garant) visant à accroître le niveau d'activité physique et à modifier certaines habitudes de vie des employés d'une compagnie d'assurance de Toronto fut soumis à une évaluation avec un groupe-témoin. Le but du programme était d'accroître le niveau d'activité physique en offrant des programmes collectifs et individuels d'exercices physiques ainsi que des cours spéciaux pour personnes souffrant de problèmes spécifiques; il visait à conscientiser les employés à la relation entre mode de vie et santé et bien-être, par une campagne d'information-éducation et par un programme modèle en nutrition à la cafétéria de la compagnie.

Neuf mois après le début du programme, on observait chez les participants les plus actifs, un accroissement significatif de l'activité physique et de la condition physique, une réduction de la consommation de cigarettes et d'alcool, et une réduction de la tension artérielle.

Une analyse réalisée au terme de la deuxième année, indique que le taux d'hospitalisation avait chuté de façon plus importante chez les employés de la compagnie soumise au programme (groupe expérimental) que dans le groupe-témoin. De plus, les frais médicaux chez l'ensemble des employés de la compagnie où le programme fut implanté avaient subi une baisse importante relativement au groupe-témoin; cette baisse fut cependant semblable chez les participants et les non-participants au sein de ce groupe expérimental.

3. Sommaire et conclusions

Pour permettre de mieux circonscrire les attentes face au programme de promotion de la santé du ministère des Affaires sociales, d'en analyser les forces et faiblesses, et d'en dégager les orientations futures, il apparaît utile de dégager du sommaire des connaissances présenté dans la partie précédente de ce rapport, les principales implications concernant les limites et les conditions d'efficacité des programmes de promotion de la santé en général.

a) Limites à la promotion de la santé

- il est important de reconnaître que même si les habitudes de vie ont une importance certaine parmi les déterminants de la santé, elles ne constituent pas le seul et, selon certains, peut-être pas le principal déterminant de la santé d'une population; les facteurs socio-économiques de même que l'environnement physique ont été démontrés comme ayant une influence importante sur la santé;

- même s'il est démontré que certains comportements sont associés à des risques accrus de maladies ou de décès (tabagisme, mauvaises habitudes alimentaires, inactivité physique, consommation abusive d'alcool, hypertension non-traitée) il n'est pas toujours évident qu'une réduction ou l'abandon de certains comportements constituant un risque pour la santé, permette d'abaisser les risques de maladie ou de décès chez les individus;

- les thèmes sont relativement constants, la nutrition ayant été abordée pendant 6 des 6 années du programme de promotion; le tabac ayant été abordé pendant quatre ans (thème abandonné depuis 1982) de même que l'alcool (abordé pour la première fois en 1980); enfin la consommation de médicaments a été traitée lors des campagnes de 1978, 1979 et 1980;

- chaque thème abordé lors de ces campagnes était pourvu d'(au moins) un objectif, à caractère plutôt vague toutefois; le problème de santé (en termes de mortalité-morbidité) visé n'est pas mentionné dans les objectifs généraux ou spécifiques des campagnes;

- les populations-cibles de chaque campagne sont choisies en fonction des groupes chez qui, sur la foi des études québécoises disponibles, l'on observe la plus forte prévalence du facteur de risque; une attention particulière est accordée aux jeunes chez qui d'ailleurs les chances de retombées à long terme de tels programmes sont considérées les plus élevées; dans la majorité des cas les groupes-cibles ne sont caractérisés que par l'âge et le sexe;

- l'approche du programme, particulièrement depuis 1982, est nettement orientée vers la responsabilisation de chaque Québécois dans le maintien ou l'amélioration de sa propre santé; ainsi l'axe de communication illustre souvent les conséquences concrètes et immédiates des "mauvaises" habitudes visées par la(les) campagne(s); depuis 1982, on insiste sur l'idée que chaque individu doit faire tous les efforts nécessaires pour conserver ou améliorer sa santé;

- enfin depuis 1982, période caractérisée par de sérieuses contraintes budgétaires de la part du gouvernement, qui ont d'ailleurs entraîné une réduction substantielle des crédits affectés à ce programme, le MAS fait valoir (auprès du Conseil du Trésor) la diminution des coûts reliés aux soins curatifs comme un des arguments importants d'une campagne visant à changer le comportement des Québécois face à leur santé.

- par contre il y a une base scientifique pour soutenir que la modification de certaines autres habitudes, pratiques ou comportements peut entraîner une baisse significative des risques de maladie ou de décès; c'est le cas notamment du tabagisme, du dépistage et du traitement de l'hypertension, du traitement de l'hypercholestérolémie et de l'inactivité physique; de plus, la pratique régulière d'une activité physique semble avoir un effet synergique sur d'autres habitudes de vie;

- la revue des recherches à date suggère que les programmes dits unifactoriels de promotion de la santé portant sur un facteur de risque - tabac, alcool, nutrition, sédentarisme, conduite automobile - se sont avérés que peu efficaces à modifier les habitudes ou comportements, quoiqu'ils puissent contribuer à accroître l'intérêt et les connaissances, à modifier les opinions des individus en regard des risques reliés à ces comportements ou encore à créer un contexte dans lequel d'autres stratégies d'éducation du public pourraient s'avérer efficaces;

- on remarque de façon générale peu de concordance entre les connaissances et opinions d'une part, et les comportements sanitaires d'autre part; plusieurs s'entendent pour reconnaître la nécessité d'une meilleure compréhension des motifs d'adhésion ou de non-adhésion des divers comportements sanitaires en vue d'une efficacité accrue des programmes de promotion en santé.

b) <u>Caractéristiques favorisant l'efficacité des programmes de promotion de la santé</u>

- malgré le fait qu'ils soient encore relativement récents et peu nombreux, les programmes (de type multifactoriel) portant sur une pathologie (ou groupe de pathologies) où plusieurs facteurs de risque sont en cause ou encore sur un objectif global de santé (bonne condition physique) semblent contribuer de façon importante à la réduction des risques sanitaires quoiqu'il ne soit pas évident que cela résulte toujours en une baisse de la mortalité générale ou spécifique;

- même si aucune étude comparative n'a encore été réalisée, les recherches à date portent à croire que l'efficacité des programmes de type multifactoriel soit nettement supérieure à celle des programmes de type unifactoriel; soulignons que selon le U.S. Department of Health, Education and Welfare (1979) les principales maladies affectant la population américaine ont une étiologie multifactorielle; il est également connu que les individus ont tendance à modifier un ensemble de comportements plutôt qu'un seul;

- les programmes multifactoriels ayant contribué à une réduction des facteurs de risque s'adressaient spécifiquement à une population à risque recrutée parmi la population générale; or, l'identification d'une population à risque propre à la nature du programme est une des conditions essentielles à l'efficacité des interventions ou programmes de prévention primaire s'adressant à des individus;

- plusieurs auteurs soumettent que les programmes de nature globale et à long terme, à caractère positif et proposant un style de vie plutôt qu'une polarisation sur un seul facteur de risque soit à privilégier;

- en plus de ses effets préventifs et thérapeutiques pour plusieurs problèmes de santé, l'activité physique régulière semble avoir des effets positifs sur un ensemble de comportements notamment sur les habitudes alimentaires et l'usage du tabac et de l'alcool; ce thème présente donc un intérêt particulier pour les personnes visant à réduire la prévalence de plusieurs facteurs de risque associés tant aux maladies cardio-vasculaires qu'à certains cancers.

Il ne suffit donc pas de répéter régulièrement des campagnes publicitaires pour que des changements dans les habitudes et les comportements de la population soient observés. Une meilleure connaissance de certaines des caractéristiques ou conditions d'efficacité des programmes de promotion de la santé peut contribuer à accroître l'efficacité de ces programmes qui a été peu impressionnante selon les recherches effectuées à ce jour.

D. PERTINENCE DU PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTE DU MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES

1. Description sommaire du programme

Dans la foulée de plusieurs études et rapports mettant en lumière l'importance des liens entre les habitudes de vie et la mortalité et la morbidité, le ministère des Affaires sociales lançait en 1978 une campagne de contre-publicité sous le thème "Au Québec, faut se tenir...en santé". Cette campagne étalée sur une période de quelques mois seulement et reprise annuellement depuis, avec certaines modifications, visait à sensibiliser rapidement le public à l'implication personnelle nécessaire au maintien de sa santé.

Abordant tour à tour des thèmes variés et spécifiques (nutrition, médicaments, tabac, alcool) les campagnes ont à certaines occasions appuyé la diffusion d'une politique du M.A.S. en matière de prévention (exemples: alcool et nutrition), et ont parfois été appuyées par certaines actions concrètes auprès de la population particulièrement dans le domaine de la nutrition (ex: diffusion du "Guide alimentaire québécois", cantines-santé).

Compte tenu des objectifs de la présente analyse, une description détaillée de chaque campagne menée par le MAS depuis 1978 serait superflue. Une présentation sommaire des campagnes réalisées de 1978 à 1983 apparaît au tableau 1; quatre composantes des campagnes y sont présentées soit l'objet (thème), l'objectif, le groupe-cible et l'approche. Ces informations sont issues des devis préparés annuellement par la Direction des Communications du MAS et soumis au ministère des Communications et au Conseil du Trésor pour approbation.

Soulignons toutefois les principaux éléments communs caractérisant l'ensemble des campagnes menées depuis 1978:

- toutes les campagnes sont de type unifactoriel c'est-à-dire portant sur un facteur de risque (thème) à la fois même si au cours d'une même année-programme, plus d'un thème était abordé;

TABLEAU I

PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTE MAS
SYNOPSIS DES CAMPAGNES 1978-1983

ANNEE	OBJETS	OBJECTIFS (sanitaires)	GROUPES-CIBLES	APPROCHE	BUDGET
1978	.ABUS DES MEDICAMENTS (médicaments contre le rhume, laxatifs, somnifères, vitamines, médicaments contre maux d'estomac).	-informer la population des dangers de la consommation irréfléchie des médicaments en vente libre. -informer la population des produits ou activités de remplacement -développer l'attitude que dans le doute, il est préférable de s'abstenir	-population active, hommes et femmes de 25 à 45 ans -familles qui ont des enfants	.UNIFACTORIELLE -responsabilité individuelle pour santé -moyens de communications de masse	140 000$
	.NUTRITION	-réduire de 25% l'apport en matières grasses en diminuant la consommation de viande et de produits laitiers gras. -diminuer de 50% la consommation de sucre pour consommation de certains aliments de remplacement dont fruits, eau. -augmenter l'apport en cellulose en consommant plus de fruits frais entiers et de légumes secs. -consommer 3 repas équilibrés par jour pouvant satisfaire 80% des besoins caloriques.	-population active (personnes qui préparent les repas quotidiens et s'occupent d'achats de nourriture). -enfants et adolescents d'âge scolaire -personnes âgées -femmes enceintes	"	570 000$
	.TABAGISME	-inciter les non-fumeurs à ne pas commencer -agir sur les comportements indécis des fumeurs occasionnels -impliquer ceux qui, par la nature de leurs occupations ont créé des risques accrus	-jeunes 10-13 ans qui ne fument pas encore -femmes de 15 à 35 ans -groupes à risque: personnes atteintes de maladies respiratoires, travailleurs du secteur minier.	"	140 000$ TOTAL: 850 000$

TABLEAU I

PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTE MAS
SYNOPSIS DES CAMPAGNES 1978-1983

ANNEE	OBJETS	OBJECTIFS (sanitaires)	GROUPES-CIBLES	APPROCHE	BUDGET
1979	.ABUS DES MEDICAMENTS	-les mêmes qu'en 1978 auxquels on ajoute: -améliorer le niveau de connaissance des individus sur l'effet des médicaments sur leur personne -utiliser la gent médicale qui est responsable de la consommation de tous les médicaments vendus avec ordonnance	-population active, hommes et femmes de 25 à 45 ans -les médecins	.UNIFACTORIELLE -responsabilité partagée avec prescriptions -communications de masse -série de dépliants explicatifs distribués dans pharmacies	
	.NUTRITION	-les mêmes qu'en 1978 auxquels on ajoute: -convaincre les populations que bien manger ne coûte pas plus cher, et peut même engendrer des économies	-population active -personnes qui achètent aliments -personnes de niveaux socio-économiques moyen et faible -enfants et adolescents d'âge scolaire	.UNIFACTORIELLE -responsabilité individuelle pour santé -communications de masse -guide alimentaire pour les Québécois	TOTAL POUR CAMPAGNES 1979
	.TABAGISME	-mêmes qu'en 1978	-adolescents -personnes adultes déjà convaincues que le tabac est fort néfaste à leur santé	.UNIFACTORIELLE -responsabilité individuelle pour santé -communications de masse -jeux, concours d'affiches reliés aux programmes de santé en milieu scolaire	850 000$

TABLEAU I

PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTE MAS
SYNOPSIS DES CAMPAGNES 1978-1983

ANNEE	OBJETS	OBJECTIFS (sanitaires)	GROUPES-CIBLES	APPROCHE	BUDGET
1980	.NUTRITION	-mêmes qu'en 1979, plus: -sensibiliser les restaurateurs et tous ceux qui sont responsables de la préparation de repas dans le but de les amener à présenter à leur clientèle des menus mieux équilibrés.	-population active -personnes qui achètent les aliments -personnes de niveaux socio-économiques moyen et faible	.UNIFACTORIELLE -responsabilité individuelle pour santé mais tient compte de l'offre en alimentation -communications de masse -réédition du guide alimentaire québécois	
	.TABAGISME	-les mêmes qu'en 1979, plus: -aider les nombreux fumeurs qui souhaitent abandonner cette habitude et qui n'y arrivent pas sans aide	-adolescents (principalement adolescentes) -personnes adultes convaincues que le tabac est néfaste à leur santé -travailleurs exposés aux poussières	.UNIFACTORIELLE -moyens de communication comme 1978-79 -responsabilité individuelle pour santé	TOTAL POUR 1979-80
	.MEDICAMENTS	-mêmes qu'en 1979	-population active, hommes et femmes de 25 à 45 ans -les médecins	.UNIFACTORIELLE -moyens de communication comme en 1978-79 -responsabilité partagée avec prescripteurs	850 000$
	.ALCOOL	-tolérance sociale face à consommation d'alcool en situations de responsabilité notamment travail, conduite automobile et famille -arrêter progression du nombre d'alcooliques -réduire l'impact de l'obésité causée dans la population par l'alcool -amener un grand nombre de personnes à abandonner les loisirs où l'alcool est omniprésent pour remplacer cette passivité par des sports de participation qui demandent de l'effort physique	-jeunes adultes	.UNIFACTORIELLE -responsabilité individuelle pour santé -approche axée sur destruction de l'image (de joie) associée à la consommation d'alcool et sur l'illustration des conséquences d'une personne qui manque à ses responsabilités à cause de l'alcool -médias électroniques	

TABLEAU I

PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTE MAS
SYNOPSIS DES CAMPAGNES 1978-1983

ANNEE	OBJETS	OBJECTIFS (sanitaires)	GROUPES-CIBLES	APPROCHE	BUDGET
1981	.NUTRITION	GENERAUX: -consommer 3 repas équilibrés par jour -réduire l'apport de matières grasses -réduire consommation de sucre -augmenter l'apport de fibres alimentaires SPECIFIQUES: -informer public sur moyens pratiques pour appliquer bases d'une saine alimentation -atteindre clientèles moins informées	-population active de niveaux socio-économiques moyen et faible -hommes 18 ans et plus -personnes âgées -responsable de préparation des repas (restaurants, cafétérias, hôpitaux, etc.)	-responsabilité individuelle pour santé mais tient compte de l'offre dans l'alimentation -approche et moyens de communication comme en 1980 -cantines-santé	TOTAL DU BUDGET POUR CAMPAGNES 1981
	.TABAGISME	-soutenir volonté de ceux qui veulent cesser de fumer en les conseillant sur façon d'y parvenir -amorcer ou amplifier un mouvement de reconnaissance du statut des droits des non-fumeurs -créer un climat social favorable à l'idée que le comportement "normal" en société c'est de ne pas fumer	-personnes qui désirent cesser de fumer -population en général (fumeurs et non-fumeurs) -adolescents: .les 10-13 ans qui n'ont généralement pas encore acquis l'habitude et y sont plutôt négatifs .les 13 ans et plus pour qui la cigarette est souvent un moyen de se faire valoir auprès des pairs.	.UNIFACTORIELLE -responsabilité individuelle pour santé -moyens de communication de masse mais en tenant compte de nature, forme et genre de réaction que l'on veut susciter	
	.ALCOOL	GENERAL -réduire la consommation globale d'alcool SPECIFIQUES -diminuer tolérance sociale face à consommation d'alcool dans situations de responsabilité: travail, conduite automobile, famille -diminuer le nombre de cas d'obésité causés par l'alcool	-le grand public -les adolescents	.UNIFACTORIELLE -approche plus globale visant à aborder l'alcool comme phénomène social	1 100 :::

TABLEAU I

PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTE MAS
SYNOPSIS DES CAMPAGNES 1978-1983

ANNEE	OBJETS	OBJECTIFS (sanitaires)	GROUPES-CIBLES	APPROCHE	BUDGET
1982	.NUTRITION	GENERAUX -amener les Québécois à: -consommer 3 repas équilibrés par jour -réduire l'apport en matières grasses -réduire consommation de sucre -augmenter l'apport en fibres alimentaires SPECIFIQUE -identifier clairement les sources de gras, de sucre et de fibres	-population active niveaux socio-économiques moyen et faible	.UNIFACTORIELLE -responsabilité individuelle pour santé -meilleures connaissances permettront à la population d'être plus en mesure d'appliquer principes d'une saine alimentation	TOTAL DES CAMPAGNES POUR 1982 300 000$
	.ALCOOL	-comme en 1981	-comme en 1981	-comme en 1981	

TABLEAU I

PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTE MAS
SYNOPSIS DES CAMPAGNES 1978-1983

ANNEE	OBJETS	OBJECTIFS (sanitaires)	GROUPES-CIBLES	APPROCHE	BUDGET
1983	.NUTRITION	-comme en 1982	-comme en 1981 et 1982	-comme en 1982 .UNIFACTORIELLE -message "chapeau" basé sur réalité que chaque Québécois doit faire tous les efforts pour maintenir ou améliorer sa santé, notamment en améliorant l'alimentation et en réduisant consommation d'alcool. -imprimés, affiches, dépliants, bandes magnétose	TOTAL DES CAMPAGNES POUR 1983
	.ALCOOL	-comme en 1981 et 1982	-comme en 1981 et 1982	-comme en 1981 et 1982 .UNIFACTORIELLE -accent accru sur responsabilité individuelle pour sa santé (cf. NUTRITION 1982 ci-haut)	450 000$

2. Regard critique sur certains aspects du programme de promotion de la santé 1978-1983

A la lumière des recherches en matière de promotion de la santé et leurs implications quant à l'efficacité des diverses stratégies de promotion de la santé, certains aspects du programme de promotion de la santé du MAS depuis 1978 seront analysés, soit la justification des campagnes, les objets des campagnes, et l'approche.

a) Justification du programme:

Alors que de 1978 à 1981 les devis préparés annuellement par le MAS pour le financement et la réalisation des diverses campagnes témoignaient d'une volonté gouvernementale d'améliorer la santé des Québécois par la modification de leurs habitudes de vie, les devis des campagnes de 1982 et 1983 semblent dans leurs préambules, situer ces campagnes davantage dans un contexte de réduction des coûts.

> "Le MAS doit poursuivre le travail entrepris pour convaincre les Québécois de consommer moins d'alcool, moins de gras, moins de sucre s'il veut arriver à diminuer les coûts de santé reliés aux mauvaises habitudes alimentaires."
>
> "En cette période de difficultés budgétaires, il aurait pu être tentant pour le MAS d'arrêter d'investir dans une campagne de promotion de la santé. Toutefois, comme le Ministère veut vraiment arriver à changer le comportement des Québécois face à leur santé et ainsi diminuer les coûts reliés aux soins curatifs, il ne peut se permettre une pause ou un arrêt..."
>
> Campagne de promotion de la santé 1983-84
> Devis p. 1
> MAS 26 mai 1983

Malgré le fait que la diminution des coûts des services de santé curatifs soit souhaitable, aucune base scientifique n'existe actuellement pour supporter l'hypothèse d'un lien entre la modification des habitudes de vie et la diminution des coûts des services curatifs. Encore faut-il que la modification des habitudes de vie puisse influencer à la baisse la morbidité et la mortalité, ce qui semble probable mais pas toujours évident, et que de telles campagnes de promotion soient susceptibles d'engendrer des changements significatifs dans les comportements sanitaires ce que peu d'études ont démontré à date. Enfin, certains auteurs prétendent même que l'accroissement de la longévité risque également d'entraîner une réduction de l'espérance de vie en bonne santé (Dillard 1983) et ainsi accroître les coûts des soins curatifs.

Il serait dangereux, même en période de contrainte budgétaire, que le MAS soit amené à justifier le financement et la réalisation d'un programme de promotion de la santé sur la base d'économies futures plutôt que sur la base de ses objectifs en matière d'amélioration de la santé; en effet, la promotion de la santé constitue une part inextricable de la responsabilité du ministère des Affaires sociales à l'égard des citoyens, dans le domaine des services de santé.

b) Choix des thèmes

Selon les plus récentes statistiques, les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs malignes sont les maladies qui ont le plus d'impact sur la mortalité; elles ont aussi un impact important sur la qualité de vie des individus telle que mesurée par l'espérance de vie en bonne santé chez les Québécois (Dillard 1983). A elles seules, les maladies de l'appareil circulatoire sont la cause de près de la moitié de l'ensemble des décès, les tumeurs malignes représentant pour leur part environ 25% des décès (Roy 1983). Il apparaît donc souhaitable que ces pathologies ou les facteurs de risque qui y sont associés figurent de façon importante dans les programmes de promotion de la santé.

Maladies cardio-vasculaires

Les principaux facteurs de risque reliés aux maladies cardio-vasculaires sont reconnus comme étant la consommation de cigarettes, l'hypertension artérielle non-traitée, et l'hypercholestérolémie; l'obésité, le diabète et le stress, tout en étant de moindre importance, sont également associés à un risque accru de mortalité par maladie cardio-vasculaire. Les recherches ont démontré que l'abandon de la cigarette et le traitement suivi de l'hypertension artérielle réduisent de façon importante les risques de décès par maladie cardio-vasculaire. Le tabagisme a été, à raison, un des thèmes majeurs du programme jusqu'en 1981; toutefois, en 1982 et 1983, ce thème n'a pas été repris.

Le traitement de l'hypertension artérielle peut, à première vue sembler étranger aux habitudes de vie. Or, il n'en est rien. En effet, quoique le dépistage de l'hypertension soit une responsabilité conjointe des individus et des professionnels de la santé, le traitement efficace de l'hypertension par voie médicamenteuse est souvent compromis par la non-adhésion des patients au régime thérapeutique qui leur est prescrit.

Selon les données de l'enquête Santé-Canada (Santé et Bien-Etre Canada 1981), plus de 200 000 Canadiens ont une tension tellement élevée que tout traitement serait bénéfique et 2.6 millions de Canadiens auraient avantage à ce que leur tension artérielle soit abaissée. Or, les 2/3 de ceux qui ont une pression artérielle élevée l'ignorent. De plus, 20% de ceux qui le savent ne prennent pas de médicaments. Certaines enquêtes locales (Robitaille et coll. 1979) nous portent à croire que la situation n'est pas différente au Québec.

En 1972, le gouvernement américain initia le National High Blood Pressure Education Program destiné à sensibiliser les professionnels de la santé et la population à la haute prévalence de l'hypertension, à son caractère asymptomatique, à sa facilité de détection, à l'efficacité du traitement et à l'importance d'un contrôle suivi pour en prévenir les effets mortels.

Entre 1972 et 1979 la proportion des personnes atteintes d'hypertension mais ignorant leur condition est passée de 50% à seulement 20%. De plus, la proportion totale des sujets traités a augmenté de façon très substantielle (Levy 1981). Malgré qu'aucune recherche évaluative sur le sujet n'ait été publiée, l'on s'entend pour reconnaître que des changements aussi importants sur une période aussi courte ne sont certes pas étrangers aux effets du programme de sensibilisation qui se poursuit toujours et qui utilise plusieurs véhicules de communication, tant scientifiques que publics (moyens de communication de masses) pour atteindre ses auditoires-cibles.

La détection et le traitement suivi de l'hypertension artérielle pourrait donc constituer un thème majeur des prochaines campagnes du MAS d'autant plus qu'on attribue au meilleur contrôle de l'hypertension un rôle majeur dans la baisse de 37% des accidents cérébro-vasculaires et de 25% des crises cardiaques observées depuis 10 ans aux Etats-Unis (Levy 1981).

Pour sa part l'hypercholestérolémie, également un des trois principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires peut également être réduit par médicament ou par un changement du régime alimentaire et les effets d'une telle réduction sur les risques de mortalité ont récemment été démontrés chez les humains. Il est donc juste et pertinent que l'acquisition de saines habitudes alimentaires demeure une des préoccupations importantes des campagnes du MAS, d'autant plus qu'elles ont aussi une influence sur diverses maladies du système digestif, sur certains cancers et sur la santé dentaire des Québécois.

De même l'obésité, le diabète, quoique de moindre importance contribuent à accroître le risque de décès par maladie cardio-vasculaire. L'importance accordée par le MAS dans la promotion d'une saine alimentation est donc opportune en regard de certains de ces facteurs. Par contre, la promotion de l'activité physique, facteur préventif et thérapeutique eu égard aux maladies cardio-vasculaires n'a fait l'objet d'aucune campagne du MAS, cette responsabilité relevant du ministère du Loisir, Chasse et

et Pêche. Compte tenu du fait que l'activité physique en plus de contribuer à réduire les risques de maladies cardio-vasculaires et d'avoir un effet protecteur chez qui la pratique régulièrement, a généralement des effets positifs sur d'autres habitudes de vie (alimentation, tabagisme et usage de l'alcool) on ne saurait sous-estimer la pertinence de la promotion de l'activité physique.

Tumeurs malignes

Les facteurs de risque associés aux tumeurs malignes sont complexes et varient souvent selon le type de cancer bien que dans certains cas un seul facteur soit associé à plusieurs types de cancer; c'est le cas notamment du tabagisme, thème important des campagnes du MAS jusqu'en 1981. Il ne fait nul doute que le régime alimentaire soit associé à certains cancers (colon et rectum, intestin, foie) bien que l'on ne connaisse pas de façon précise les composantes du régime alimentaire qui sont déterminantes. La consommation excessive d'alcool semble également jouer un rôle indirect dans la génèse du cancer du foie. Enfin on ne saurait ignorer le rôle majeur des facteurs environnementaux dans l'accroissement des risques de cancer de toutes sortes.

Sans vouloir passer sous silence les autres problèmes qui taxent la santé des Québécois (accidents et traumatismes, maladies de l'appareil respiratoire, maladies de l'appareil digestif, maladies de l'appareil ostéo-articulaire, troubles mentaux et suicides, etc...) il apparaît logique que les priorités de promotion de la santé du MAS soient orientées vers la réduction des facteurs de risque associés aux deux groupes de pathologies qui représentent près de 70% des décès et qui apparaissent maintenant sensibles à la réduction des risques, soit les maladies cardio-vasculaires et les cancers. De plus, soulignons que certains de ces facteurs associés aux maladies cardio-vasculaires et aux cancers (le tabagisme, l'alcool, l'alimentation) jouent également un rôle dans d'autres problèmes de santé.

c) Approche

L'expression "approche" est utilisée ici pour qualifier deux aspects des campagnes de promotion de la santé du MAS soit le cadre conceptuel du programme de même que le "ton" des messages qui y sont véhiculés.

D'une part, l'on observe au Tableau 1 (pages 20 à 25) que toutes les campagnes réalisées depuis 1978 dans le cadre du programme de promotion de la santé ont utilisé une approche unifactorielle (chaque campagne ou groupe de messages portant sur un seul facteur de risque) plutôt qu'une approche multifactorielle (portant à la fois sur plusieurs facteurs de risque associés clairement à une pathologie ou groupe de pathologies). Or, les recherches évaluatives sur l'efficacité des programmes de promotion de la santé indiquent que dans l'ensemble les programmes de type unifactoriel ont peu d'effet sur le changement des habitudes de vie et sur la réduction des risques qui y sont reliés, alors que les quelques programmes, pour la plupart récents, qui ont utilisé une approche multifactorielle et qui ont été évalués semblent avoir eu un effet significatif sur les comportements sanitaires et sur les risques de morbidité et de mortalité.

Cette approche a surtout été utilisée dans le cadre de programmes portant sur les maladies cardio-vasculaires mais pourrait tout aussi bien être envisagée pour combattre d'autres problèmes de santé, notamment les cancers. Soulignons que ces maladies mettent en cause plusieurs facteurs à la fois et que par conséquent une approche multifactorielle pourrait favoriser l'efficacité des programmes de promotion; que les individus ont tendance à modifier plus d'un comportement (sanitaire) à la fois; que finalement les coûts des programmes ne sont guère influencés par le nombre de facteurs de risque visés (Garant 1983).

Soulignons également que plusieurs programmes multifactoriels dont l'efficacité est démontrée se sont adressés à des groupes de personnes identifiées à l'aide d'interventions de dépistage comme étant à risque élevé de maladie (cardio-vasculaire). Or il est plausible de croire que le succès de ces programmes ne soit pas étranger au recrutement des person-

nes à risque chez qui un changement de comportement est particulièrement souhaitable et chez qui un tel changement est susceptible de réduire les risques de mortalité-morbidité. Enfin, les programmes de type multifactoriel comprennent en plus d'un volet information, des volets d'intervention préventive et thérapeutique auprès des personnes à risque dépistées.

Il semble opportun que la promotion de la santé au Québec soit axée davantage sur l'intervention et se concrétise à un niveau plus local où le dépistage des personnes atteintes et des personnes à risque de problèmes de santé majeurs (notamment maladies cardio-vasculaires et cancers) est possible; les personnes ainsi dépistées sont les plus aptes à bénéficier des effets sanitaires positifs pouvant résulter des programmes de promotion. En outre, ces programmes sont orientés vers les problèmes de santé multifactoriels et comportent notamment une démarche informationnelle intégrée aux interventions préventives, diagnostiques et thérapeutiques pratiquées sur une base individuelle ou de groupe.

Par ailleurs, on ne saurait ignorer la contribution potentielle des campagnes de sensibilisation et d'information conventionnelles utilisant les moyens de communications de masse et réalisées au niveau central. Ces campagnes peuvent contribuer à modifier positivement les connaissances, opinions et attitudes des citoyens eu égard aux risques sanitaires associés à certains comportements. De plus, ces campagnes jouent un rôle dans l'évolution des valeurs sociétales et créent un climat favorable à l'efficacité de programmes d'intervention plus spécifiques. Elles constituent donc une "toile de fond", un support important aux programmes d'intervention multifactoriels réalisés au niveau local.

D'autre part, selon Garant (1983) plusieurs critiques des stratégies de promotion de la santé font valoir la faiblesse d'une approche qui semble concevoir les habitudes de vie dans un vacuum.

"Bien que les Québécois soient de plus en plus sensibilisés par leur état de santé, plusieurs d'entre eux éprouvent beaucoup de difficultés à traduire cette préoccupation dans des actions concrètes comme l'acquisition de saines habitudes alimentaires. Ce phénomène peut notamment s'expliquer par le fait que nous vivons à une époque où tout doit se faire rapidement et sans effort: la prolifération des régimes-miracles en est un exemple frappant. Or, l'acquisition de saines habitudes alimentaires ou la diminution de la consommation d'alcool ne sont possibles que lorsqu'un individu est prêt à faire lui-même tous les efforts nécessaires pour changer son comportement."

Campagne de promotion de la santé 1983-84
Devis
MAS 26 mai 1983

En insistant sur le fait que "chaque individu doit faire tous les efforts nécessaires pour conserver ou améliorer sa santé" (Devis de la campagne 1982-83), certains y voient un danger de victimisation tel qu'abordé par Garant (1983):

"la maladie étant fonction du mode de vie <u>choisi</u> par l'individu et découlant d'un certain nombre de risques auxquels il s'expose délibérément."

Ainsi, la mort n'est plus perçue comme un événement normal et inévitable, mais plutôt perçue comme le châtiment d'un comportement sanitaire désinvolte (Bensaid 1981).

Or les individus exercent leurs choix dans un environnement dont les aspects physique, social, économique et politique influencent inévitablement ces choix, incluant ceux se rapportant aux habitudes de vie ou leur capacité d'actualiser ces choix.

A titre d'exemple, une enquête sur les habitudes alimentaires des travailleurs de Pointe St-Charles (Carrefour d'éducation populaire, 1982) met en lumière l'importance des facteurs environnementaux comme source

d'obstacles à une saine alimentation en milieu de travail: temps de repas très limité, lieux impropres, qualité de nourriture dans les cafétérias et cantines, les coûts élevés, etc...

Dans certains cas, l'incohérence des intérêts parfois conflictuels du gouvernement contribue au développement d'un environnement peu propice à l'adoption de saines habitudes de vie. Ainsi, tout récemment, le président-directeur général de la SAQ, société d'Etat, annonçait l'intention de cette société d'élargir considérablement son réseau de distribution en permettant la vente des vins (sauf appellation contrôlée) dans les épiceries-dépanneurs. Le p.d.g. justifiait ses intentions en se référant à des études médicales démontrant que la consommation de deux verres de vin par jour a un effet bénéfique sur la santé; la SAQ ne toucherait donc présentement qu'une fraction du marché potentiel du vin au Québec, malgré sa situation de monopole (Le Soleil, 7 décembre 1983).

Or, des recherches tant universitaires que gouvernementales démontrent la forte relation entre la consommation d'alcool per capita et le nombre de points de vente ou débits d'alcool pour une population donnée. Il est plausible de croire que l'environnement de "promotion de la vente des vins" ne soit pas propice à des effets tangibles d'une campagne visant la réduction de la consommation d'alcool chez la même population québécoise.

Plusieurs autres obstacles environnementaux aux changements des habitudes de vie peuvent être identifiés; certains sont mentionnés par Garant (1983). En plus des effets de victimisation-culpabilité, de sa vision étroite quant aux autres facteurs contextuels et environnementaux, l'approche de responsabilité individuelle stricte face à la santé peut engendrer un climat où la modification des habitudes de vie devient presqu'un devoir de citoyen; de là, il n'y a qu'un pas pour faire de la promotion de la santé un instrument de contrôle social.

Labonté et Penfold (1981) favorisent plutôt une stratégie de communication axée sur la critique sociale (par rapport au tabac et à l'alcool) favorisant une plus grande honnêteté quant aux contextes politiques et

économiques entourant ces industries. Selon ces mêmes auteurs, nous devrions :

> "être moins empressés de faire peser sur l'individu tout le fardeau des maladies rattachées aux habitudes de vie."

Plusieurs critiques croient à la nécessité de rechercher un équilibre réaliste entre les responsabilités individuelles et collectives en matière de santé, et à l'importance de "faire la part des choses" lors de la conception et de la réalisation de programmes de promotion de la santé.

Enfin, en ce qui a trait au "ton" des messages publicitaires des campagnes, certains chercheurs (Tremblay coll. 1983) favorisent une approche positive faisant état des bienfaits physiques et psychiques d'une bonne santé et proposant un style de vie plutôt qu'une polarisation sur un seul facteur de risque ou comportement. Ainsi les campagnes publicitaires ou informationnelles pourraient être conçues davantage selon une stratégie visant à "promouvoir la santé" en présentant ses bienfaits (sentiment de bien-être) plutôt qu'en faisant valoir les "conséquences concrètes et immédiates de mauvaises habitudes reliées à la consommation de sucre, de gras, d'alcool, de bière et de vin" (Devis de la campagne de promotion de la santé 1983-84, MAS, mai 1983).

d) Formulation d'objectifs et choix des groupes-cibles:

Certains aspects techniques portant sur la formulation et la structure du programme actuel mériteraient d'être revisés dans le but de favoriser une plus grande efficacité et d'en permettre la mesure. On ne s'attardera ici qu'à deux de ces éléments soit la formulation des objectifs et le choix des groupes-cibles.

Les commentaires relatifs aux groupes-cibles portent sur le programme actuel de campagnes de promotion de la santé réalisé par le MAS; mais les implications valent également pour tout programme d'approche différente (multifactorielle) que le MAS voudrait promouvoir à un niveau local ou autre.

Il n'est pas notre intention ici de revoir chacun des objectifs thématiques de chacune des campagnes depuis 1978, mais plutôt de dégager des observations générales sur la formulation des objectifs, observations qui pourront contribuer à améliorer les chances de succès du programme au cours des prochaines années.

Les objectifs des campagnes spécifiques à chaque thème sont formulés de façon plutôt générale et s'apparentent plus souvent à un témoignage d'intentions qu'à des objectifs opérationnels et mesurables, condition essentielle à l'efficacité et l'évaluabilité d'un programme (Rossi and Freeman 1983, Rutman 1980). Toutefois, les campagnes portant sur la nutrition font exception puisqu'elles ont été pourvues d'objectifs précis et opérationnels permettant l'évaluation subséquente du degré d'atteinte des objectifs. Une bonne connaissance des problèmes alimentaires des Québécois (enquête Nutrition-Canada) et la diffusion d'une politique de nutrition par le MAS ne sont certes pas étrangers à cette situation.

Egalement, il y a une relative absence (à l'exception des campagnes sur la nutrition) de verbes "orientés vers l'action" dans la formulation des objectifs apparaissant aux devis des campagnes. Ainsi, l'on retrouve souvent des verbes tels "inciter, encourager, informer, soutenir, promouvoir" alors que des verbes orientés vers l'action tels "agir, réduire, accroître, impliquer" sont moins fréquemment utilisés, surtout dans les programmes portant sur le tabac et les médicaments. L'utilisation des verbes d'action dans la formulation d'objectifs est généralement reconnue comme favorisant les chances d'efficacité d'un programme (Rossi and Freeman 1982). Enfin, il y aurait avantage à réduire le nombre d'objectifs poursuivis simultanément dans une même campagne.

Dans l'ensemble, les groupes-cibles de chaque campagne sont définis en fonction de la connaissance de la prévalence du facteur de risque, avec une attention particulière accordée aux jeunes. Les groupes-cibles sont

toutefois caractérisés surtout par l'âge et le sexe; parfois par la participation au marché du travail; occasionnellement par le niveau socio-économique défini de façon vague ("niveau socio-économique moyen ou faible").

Il n'est pas évident que le choix des groupes-cibles tienne compte des milieux de résistance, des barrières sociales, culturelles et autres à la réceptivité à ces messages et à la capacité (volonté) des individus à modifier leurs comportements. Ainsi, il est reconnu au Québec et ailleurs que les populations à niveau de scolarité et de revenu faible ont un taux de participation aux programmes de services préventifs (ex: cours pré-nataux) nettement inférieur à celui des populations plus éduquées et mieux nanties.

Une enquête sur les habitudes alimentaires des Québécois suite à la diffusion d'une politique de nutrition par le MAS a permis de confirmer qu'une meilleure scolarité s'accompagnait d'une meilleure connaissance et d'une plus grande ouverture à de nouvelles expériences alimentaires, bien qu'aucune différence significative dans les habitudes alimentaires n'ait été constatée selon le niveau socio-économique.

Enfin, l'enquête condition physique Canada (Santé et Bien-Etre Canada 1982) a confirmé que les habitudes d'activité physique varient selon les groupes de la population, les plus actifs se retrouvant notamment chez les cadres, les professionnels et les personnes les plus instruites.

Il ne suffit donc pas d'inonder les ondes de messages visant une clientèle-cible. Il importe de mieux connaître les groupes et les milieux plus résistants à l'adoption de comportements favorables à la santé, les motifs de cette résistance et d'orienter le contenu et la clientèle visée en conséquence.

E. IMPLICATIONS RELATIVES AU PROGRAMME

- Il appert qu'un programme de promotion de la santé axé sur les seules campagnes de communications de masse, portant sur un facteur de risque à la fois, et diffusées à l'ensemble de la population (comme le programme du MAS depuis 1978) soit désuet en regard des connaissances actuelles. Un changement d'approche est indiqué si un effet tangible est recherché. En effet, une attention particulière mérite d'être accordée au développement de programmes d'intervention qui porterait sur un ou des problèmes de santé où plusieurs facteurs sont en cause (ou encore sur un objectif sanitaire global). De tels programmes seraient conçus selon une approche intégrant la sensibilisation et la promotion auprès des individus au processus de prévention, diagnostic et traitement, ce qui implique nécessairement les intervenants sanitaires locaux. Ces programmes seraient donc réalisés à un niveau local, s'adresseraient à des individus dépistés comme étant à risque (ou encore des individus atteints d'une maladie pour laquelle un changement d'habitudes de vie peut avoir des effets thérapeutiques). De tels programmes d'intervention sont de nature à avoir des effets plus importants sur les changements d'habitude de vie.

- Malgré la difficulté de qualifier l'efficacité des campagnes de promotion de la santé telles que réalisées par le MAS depuis 1978, on ne saurait songer à les supprimer. En effet, bien que les programmes utilisant ce type d'approche à la promotion de la santé ne semblent pas avoir une influence mesurable sur les habitudes de vie, ils contribuent à faire évoluer les connaissances et les attitudes eu égard aux risques sanitaires engendrés par certaines habitudes de vie, et créent un climat favorable à l'efficacité d'autres mesures de promotion de la santé. De plus, ces campagnes jouent un rôle dans l'évolution des valeurs sociétales susceptibles d'influencer positivement la santé des populations. Il serait toutefois opportun qu'elles tiennent compte davantage de l'environnement social, culturel et économique dans lequel s'exercent les choix individuels quant aux habitudes de vie.

- Une approche d'intervention multifactorielle pourrait avoir comme principale cible les maladies cardio-vasculaires (sensibles aux interventions de promotion et de prévention) et les cancers, ces deux problèmes de santé multifactoriels étant responsables de plus de 70 % des décès au Québec.

  De plus, certains des facteurs de risque de ces deux groupes de maladies sont communs à d'autres problèmes de santé. Dans ce contexte, une attention particulière mérite d'être accordée à la promotion de l'activité physique auprès de la population en général et à des interventions favorisant l'activité physique auprès de divers groupes-cibles notamment auprès des personnes à risque ou atteintes de problèmes cardio-vasculaires. L'activité physique régulière a non seulement des effets protecteurs ou thérapeutiques dans les cas d'hypertension, d'artériosclérose, d'angine, d'obésité, de diabètes et autres maladies mais aussi, un effet synergique sur la modification d'autres comportements notamment l'usage du tabac et de l'alcool. La promotion et l'intervention visant la pratique régulière de l'activité physique en plus d'être conforme à une approche multifactorielle revêt un caractère positif, favorable à l'adoption de saines habitudes de vie.

  Par ailleurs, il apparaît prioritaire de sensibiliser les citoyens et les professionnels de la santé à l'importance du dépistage et du traitement de l'hypertension artérielle, facteur très important dans la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires. Alors que la vaste majorité des citoyens qui souffrent de cette maladie répandue l'ignorent, une proportion importante des patients reconnus ne suivent aucun traitement. Pourtant, cette maladie asymptomatique est facile à diagnostiquer, un contrôle efficace de l'hypertension est facilement accessible, et le contrôle de l'hypertension résuit considérablement les risques de décès par maladie cardio-vasculaire.

F. IMPLICATIONS QUANT AU ROLE DU MAS EN PROMOTION DE LA SANTE

- La promotion de la santé doit être considérée comme indissociable des responsabilités du MAS en matière de services de santé. Compte tenu du potentiel qu'offre ce secteur en regard de l'amélioration de la santé de la population, on ne saurait le considérer comme une "nouveauté dont on peut se dispenser" dans l'ensemble des crédits affectés aux services de santé. Il est alors inopportun de justifier l'affectation de crédits à des programmes de promotion de la santé sur la base d'une réduction éventuelle des coûts de la santé que pourraient entraîner de tels programmes. En clair, la promotion de la santé tient aux objectifs et responsabilités mêmes du MAS en matière d'amélioration de la santé des citoyens et non pas à une quelconque stratégie de réduction des coûts des soins curatifs.

- L'adoption d'une approche multifactorielle et locale d'interventions intégrées auprès de personnes à risque, en matière de promotion de la santé et de changements de comportements, implique des ajustements quant au rôle et au fonctionnement du MAS dans ce secteur :

  La conception et le développement de tels programmes ne peuvent être envisagés en dehors des cadres conceptuels et organisationnels qui prévalent en matière de santé communautaire, et de services de santé diagnostiques et thérapeutiques. Il ne serait pas approprié de confier à un organisme autonome la responsabilité de l'élaboration de programmes de promotion de la santé. Au contraire, les intervenants du réseau en matière de santé communautaire ont un rôle majeur à jouer dans la conception et la réalisation de tels programmes.

  Les campagnes de sensibilisation utilisant des moyens de communications de masse devraient jouer un rôle de support aux interventions locales destinées aux personnes à risque et serviraient ainsi de toile de fond pour créer un climat favorisant l'efficacité des programmes locaux.

Il apparaît souhaitable que le MAS garde la responsabilité de conception et de réalisation de ces campagnes et s'assure que ces campagnes s'ajustent à l'évolution des connaissances en santé communautaire.

- Enfin, la responsabilité du MAS à promouvoir une plus grande cohérence de l'action gouvernementale à l'égard de la santé mérite d'être réaffirmée. En effet, les décisions du gouvernement dans divers secteurs d'activité et le rôle que le gouvernement assume dans certains de ces secteurs, façonnent dans une certaine mesure l'environnement dans lequel les individus exercent leurs choix quant aux comportements sanitaires. Il n'est pas rare que l'action gouvernementale dans un secteur soit carrément contraire au rôle et objectifs du MAS en matière de promotion de la santé, au détriment du climat propre à de saines habitudes de vie. Le rôle et les projets du gouvernement (via la S.A.Q.) dans le secteur de la promotion, de la vente et de la distribution des boissons alcooliques, particulièrement des vins, illustre bien la nécessité d'une plus grande cohérence dans l'action gouvernementale par rapport aux objectifs sanitaires. Cette cohérence pourrait également prendre la forme d'une meilleure concertation avec des ministères et organismes gouvernementaux ayant des champs de responsabilités communs à la santé, notamment avec le ministère du Loisir, Chasse et Pêche (promotion de l'activité physique) ainsi que la Régie de l'assurance-automobile du Québec.

BIBLIOGRAPHIE

Addiction Research Foundation Task Force Report: Alcohol, Public Education and Social Policy; Addiction Research Foundation, Toronto 1981; cité par Garant 1983, op. cit.

Bensaid N.: La lumière médicale - les illusions de la prévention; Seuil, Paris 1981.

Carrefour d'éducation populaire. L'alimentation dans les milieux de travail de Pointe Saint-Charles et des environs, Montréal, 1982, cité dans Garant 1983, op. cit.

Dillard S.: Durée ou qualité de vie? Conseil des Affaires sociales et de la famille, Gouvernement du Québec, Québec, 1983.

Dubos R.: L'homme et l'adaptation au milieu, Payot, Paris, 1973.

Garant L.: Habitudes de vie et santé: Revue de la recherche, Rapport préliminaire Direction de l'Evaluation des programmes, octobre 1983 (sous presse)

Hanson, J.W., Streissguth, A.P., Smith D.W.: "The Effects of Moderate Alcohol Consumption During Pregnancy on Fetal Growth and Morphogenesis", JNL. of Pediatrics 1973; 92: 457-60.

Knatterud, G.L., Klimt C.R., Levine M.E., Jacobson M.E., Goldner M.G. for the University Group Diabetes Program: "Effects of Hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult-outset diabetes. VII. Mortality and selected non fatal events with insulin treatment;" JNL. American Medicine Association, 1978: 240: 37-42.

Levy R.I. "Hyperlypoproteinemia and its Management", JNL. Cardiovascular Medicine, 1980; 5: 435-52.

Levy R.I.: "The Decline in Cardiovascular Disease Mortality", Ann. Rev. Public Health 1981; 2: 49-70.

Loslier L.: La mortalité dans les aires sociales de la région métropolitaine de Montréal, ministère des Affaires sociales, Québec, 1976, 77 p. cité par Garant 1983, op. cit.

Loslier L.: Disparités socio-spatiales de mortalité au Québec et au Canada, Université de Montréal, 1982, 48 p. cité par Garant 1983, op. cit.

MacMahon, B., Pugh, T.F.: Epidemiology: Principles and Methods, Little Brown & Co. Boston, 1970.

Office on Smoking and Health: The Health Consequences of Smoking, Publication DHHS (PHS) 82-50179, Washington D.C. cité dans Garang 1983, op. cit.

Rossi PH., Freeman H.E.: Evaluation - a systematic Approach, Sage, Beverly Hills, second edition, 1982.

Roy, L.: Des victoires sur la mort, Conseil des Affaires sociales et de la famille, Gouvernement du Québec, Québec 1983.

Rutiman L.: Planning Useful Evaluations - Evaluability Assessment, Sage, Beverly Hills, 1980.

Santé et Bien-Etre social Canada: La santé des Canadiens - Rapport de l'Enquête Santé Canada, Ottawa, 1981, catal. no. 82-538F.

Stanlarp H., Kenward K., Frigo D.: "A Review of Federal Primary Alcoholism Prevention Projects". Quaterly Jnl of Studies on Alcohol, 1978, 40: 943-968; cité dans Garand 1983, op. cit.

Thomas G.S.: "Physical Activity and Health: Epidemiologic and Clinical Evidence and Policy Implications", Prev. Med. 1979; 8: 89-103.

Tremblay J., Bibeau G., Hébert F., Rousseau N.: Les mécanismes de diffusion du tabagisme chez les pré-adolescents québécois; Ecole des sciences infirmières, Université Laval, 1983.

U.S. Department of Health Education and Welfare: Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention, Washington D.C., 1979.

Veteran's Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents: " Effects of treatment on morbidity in hypertension; II; Results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114mm Hg"; J. Am. Med. Assocn., 1970; 213: 1143-52

Villeneuve C., Charron M.F.: Etude sur le comportement et les habitudes alimentaires des Québécois, ministère des Affaires sociales, Québec, 1979.

Warner K.E., Murt H.A.: "Impact of Antismoking Compaign on Smoking Prevalence: A Cohort Analysis," Jnl. of Public Health Policy, Jan. 1982; 3, 4: 375-390; cité dans Garant 1983, op. cit.

Wilkins R. L'espérance de vie par quartiers à Montréal, 1976: un indicateur social pour la planification, Institut de Recherches Politiques, Montréal, 1979.

Robitaille N.M., Christen A., Dagenais G.R., Lupien P.J., Rochon J.: "Prévalence des facteurs de risque de la maladie coronarienne dans la région de Québec". Clinical and Investigative Medicine 2; 1: 13-16, 1979.

Puska P.: "The Health Education Implications of the M.R.F.I.T. Results", Panel discussion before the 111th Annual Meeting, American Public Health Association, Dallas, Texas, novembre 1983.

Stachnik T., Stoffelmayr B: "Worksite Smoking Cessation Programs: A Potential for National Impact, Am. Jnl. Pub. Health 73; 12: 1395-97, December 1983.

Lalonde M.: Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, Santé et Bien-Etre Canada, Ottawa, 1974.

POOR

QUALITY

ORIGINAL